事業所担当者 確 認 印

任継・特退の
加入者は押印不要

金　　額
円
健　保　使　用　欄
被扶養者認定　あり　・　なし

支　給　決　定　伺		
令和　　年　　月　　日		
ＧＬ	担当者	担当者

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

退職の方 →

該当を〇で囲んでください

健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

本・家 出産育児一時金請求書（海外）

被保険者証 記号	被保険者証 番号	分娩した方の氏名	続柄
８１	１２３４５	健保　花子	妻

分娩年月日	平成・令和 ５ 年 ６ 月 １０ 日	死産のとき はその旨	
分娩した医療施設の	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	海外の医療機関の 所在地 と 名称 を記入
	名　称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

海外での分娩の理由
※□に✓をしてください

□1.海外赴任・その帯同家族
☑2.里帰り出産
□3.その他（　　）

分娩の理由が2.3の方
出産育児一時金のご申請時に新生児の扶養認定を行っていない場合は、パスポート等の写しもご提出ください。

出産育児一時金は(
a. 被保険者本人の
b. 被扶養者の出産

理由が「1.海外赴任・その他帯同家族」の場合は「右の欄」の確認は不要
「2.里帰り出産」「3.その他」の場合のみ「右の欄」の内容を確認

a. 現在加入されている健康保険証の情報	記号・番号	１２３４５－１２３	被保険者名	健保　花子
b. 以前に加入されていた健康保険証の情報	保険者名(健保組合名)	日本総合健康保険組合	TEL	0465-10-1000
	入社年月日	平・令 ２ 年 １ 月 １ 日	退職年月日	平・令 ５ 年 ４ 月 １ 日

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。
※マイナンバーで申請の場合：-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。
-2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

備考欄

他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、上記の通り請求いたします。
請求した内容に不明な点が有った場合、海外出産の日時、内容等の事実を確認するため、該当分娩を担当した者（医療機関等）へ照会する事に同意します。また、在職期間中に係る申請の場合、本申請書を健保へ提出すること及び、本申請に基づく給付金を受領することを事業主へ委任いたします。

富士フイルムグループ健康保険組合　理事長殿　　令和 ５ 年 ６ 月 １５ 日

被保険者　住　所　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏　名　健保　太郎

※本請求書の出生証明書欄への証明に代えて、項目を網羅する出生にかかる証明書の添付でも可。
ただし、外国語で作成された場合には、翻訳を添付してください。（翻訳者の氏名・連絡先を明記）

出生証明書　Certificate of Birth	
分娩年月日	Date of B
生産死産の別	
出生児の数	
証　明　欄	Signature

この欄は、医師 または 助産師から
分娩日等についての証明を受けてください
（「出生証明書(写)＋邦訳文」も可 ）

＊時効 ： 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。